

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Декларация здоровья (ДЗ) – информация о состоянии здоровья пациента, заполненная и представленная им самим на основе вопросника. Декларация здоровья пациента, доступная лечащим врачам, дает возможность быстрого получения обзора о состоянии здоровья пациента и исходной информации для принятия уточненных решений о лечении. Заполненная ДЗ – необходимое условие для получения справки о здоровье.

Как правило ДЗ заполняется пациентом дигитально в портале пациента. ДЗ является действительной в течение 30 дней с момента ее дигитального подписания. Исключительным случаем считается ДЗ, заполненная на бумаге. Она является действительной только в течение одного посещения врача, для следующего посещения необходимо заполнить ДЗ заново. ДЗ, заполненная на бумаге, не может быть также найдена в данных портала пациента, в отличие от заполненной дигитально.

Личный код _____ Имя Фамилия _____

1. СТИЛЬ ЖИЗНИ

Вы употребляете алкоголь? Нет ☐ Да ☐

Укажите количество употребляемых единиц алкоголя в неделю? _____ (1 единица = 40 мл 40% алкоголя или 120 мл 12% вина или 250 мл 5,2% пива)

Вы курите? Нет ☐ Да ☐

Укажите количество сигарет в день? _____

Сколько лет курили? _____

Укажите когда Вы отказались от курения? _____

Вы употребляете наркотики/психотропные вещества? Нет ☐ Да ☐

Опишите частоту употребления _____

Вы употребляете лекарства, которые по Вашему мнению, влияют на концентрацию внимания и координацию движений? Нет ☐ Да ☐

Ваш режим сна? Ваш сон спокоен? Вы чувствуете себя отдохнувшим? _____

2. УСЛОВИЯ РАБОТЫ

Назначались ли Вам ранее ограничения в работе, в связи с проверкой здоровья? Нет ☐ Да ☐

Если да, то в связи с чем _____

Имеются или имелись ли у Вас расстройства здоровья, которые Вы связываете с выполнением рабочих обязанностей и/или с условиями работы? Нет ☐ Да ☐ _____

3. АЛЛЕРГИИ Отсутствуют ☐

- ☐ На Лекарства (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ На Продукты питания (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ На Пыльцу растений (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ На Животных и/или птиц (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ На Другие вещества (пожалуйста, уточните) _____

4. ПСИХИКА Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Депрессия _____
- ☐ Шизофрения _____
- ☐ Страх работы в одиночку _____
- ☐ Страх нахождения в замкнутом пространстве _____
- ☐ Страх высоты _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

5. НЕРВНАЯ СИСТЕМА Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Приступы потери сознания _____
- ☐ Приступы конвульсий (эпилепсия или падучая) _____
- ☐ Нарушение равновесия (в т.ч. болезнь Меньера) _____
- ☐ Инфаркт или инсульт мозга _____
- ☐ Морская болезнь _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

6. ГЛАЗА И ЗРЕНИЕ Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Близорукость _____
- ☐ Имеются ли ограничения поля зрения при взгляде вверх/вниз/в стороны? _____
- ☐ Двоение в глазах _____
- ☐ Нарушения цветового восприятия _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

7. УХО, НОС, ГОРЛО

Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Снижение слуха _____
- ☐ Аллергический насморк _____
- ☐ Хроническое воспаление придаточных пазух носа (лобная, гайморова пазухи) _____
- ☐ Затруднение носового дыхания _____
- ☐ Частые (более, чем 4 раза за год) заболевания горла _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

8. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Астма _____
- ☐ Хроническое обструктивное заболевание легких _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

9. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Жалобы отсутствуют ☐

(ВКЛЮЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

- ☐ Сахарный диабет _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

10. СЕРДЦЕ И КОРОНАРНЫЕ СОСУДЫ

Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Боль в груди при нагрузке _____
- ☐ Высокое кровяное давление _____
- ☐ Перенесенный инфаркт сердца _____
- ☐ Нарушения сердечного ритма _____
- ☐ Проведено зондирование сердца _____
- ☐ Установлен сердечный стимулятор _____
- ☐ Проведена операция на сердце _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

11. КОСТИ, СУСТАВЫ И МЫШЦЫ

Жалобы отсутствуют ☐

- ☐ Тугоподвижность сустава _____
- ☐ Частичный или полный паралич конечности (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ Частичное или полное отсутствие конечности (пожалуйста, уточните) _____
- ☐ Дрожь в руках _____
- ☐ Боль в суставе _____
- ☐ Боль в шейном отделе позвоночника _____
- ☐ Боль в плечевом отделе позвоночника _____
- ☐ Боль в (крестцовом) нижнем отделе позвоночника _____
- ☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

12. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Известно, что не болел(а) ☐

- ☐ Туберкулез _____
- ☐ Вирусный гепатит _____
- ☐ Носитель ВИЧ _____ ☐ СПИД _____
- ☐ Другое заболевание (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

13. ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ ИЛИ

Отсутствуют ☐

СИМПТОМЫ, НЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕ

Заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

14. ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечились ли Вы в стационаре или были на приеме у врача за границей? Пожалуйста, уточните когда, где и в связи с чем _____

Принимаете ли Вы какие либо лекарства постоянно (в т.ч. противозачаточные)? Пожалуйста, перечислите какие _____

Имя Фамилия _____ Дата _____ Подпись _____

Лечились ли ВЫ в стационаре? _____

Оперировали ли Вас? Пожалуйста, уточните когда и в связи с чем _____

15. ТРАВМЫ _____ Отсутствуют ☐

☐ Переломы костей (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

☐ Другие существенные повреждения (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

16. В ДАННЫЙ МОМЕНТ БЕРЕМЕННА? Нет ☐ Да ☐

17. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПОЖАЛУЙСТА, УТОЧНИТЕ КАКИЕ И КОГДА)? Нет ☐ Да ☐

18. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ _____ Жалобы отсутствуют ☐

☐ Болезни печени _____

☐ Камни желчного пузыря _____

☐ Язва желудка и двенадцатиперстной кишки _____

☐ Язвенный колит или болезнь Крона (регионарный энтерит) _____

☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

19. ОРГАНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ _____ Жалобы отсутствуют ☐

☐ Заболевания почек _____

☐ Камни почки _____

☐ Почечная недостаточность _____

☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

20. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ _____ Жалобы отсутствуют ☐

☐ Заболевания крови _____

☐ Железодефицитная анемия _____

☐ Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

21. ИСПОЛЬЗУЮ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ АППАРАТЫ/ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

☐ Не использую

☐ Очки _____

☐ Контактные линзы _____

☐ Слуховой аппарат/кохлеарный имплантат _____

☐ Протез руки _____

☐ Протез ноги _____

☐ Аппарат положительного давления (СРАР) или устройство неинвазивной вентиляции лёгких

☐ Интраоральный аппарат для лечения апноэ сна

☐ Приспособление для передвижения _____

☐ Другие приспособления (пожалуйста, уточните какие) _____

22. СОН

☐ Вы громко храпите (громче, чем звучит обычная речь, или ваш храп слышен в другой комнате даже тогда, когда дверь спальни закрыта)?

☐ Часто ли вы чувствуете, что не отдохнули за ночь, чувствуете усталость или сонливость в дневное время?

☐ Наблюдались ли у вас задержки дыхания во время ночного сна?

ВЕС кг РОСТ.....см

ОКРУЖНОСТЬ ШЕИ.....см

Имя _____ Дата _____ Подпись _____

Eesnimi (Имя).....Perekonnanimi (Фамилия).....

Isikukood (Личный код) _ _ _ _ _

E-mail.....

Elukoht.....Tel.

Место жительства

Дальше заполняет врач

TÄIDAB ARST

☐ juhtimisõiguse taotlemine ☐ juhiloa vahetamine ☐ muu põhjus

Terviseuuringute tulemused:

Visus	korrektsioonita	korrektsiooniga	Vaateväli		Kuulmine	
Oculi dex			Dex	korras/puudulik	Dex	
Oculi sin			Sin	korras/puudulik	Sin	
RR		Fr		Veresuhkur		
KEHAKAAL		PIKKUS		Kaelaümbermõõt		

.....

TERVISEKONTROLI TEGIJA OTSUS

Võib/ ei või juhtida.....kategooria mootorsõidukit.

Juhi tervise seisundi tõttu rakendavad erinõuded ja piirangud (koodidega):

Nägemist korrigeerivad ja/või kaitsvad vahendid

Kuuldeaparaat / suhtlemise abivahend

- ☐ 01.01 Prillid.
☐ 01.02 Kontaktläätsed.
☐ 01.03 Ohutu klaas.
☐ 01.04 Toonitud klaas.
☐ 01.05 Päikesevari.
☐ 01.06 Prillid või kontaktläätsed.

- ☐ 02.01 Kuuldeaparaat ühe kõrva jaoks
☐ 02.02 Kuuldeaparaat mõlema kõrva jaoks
Protees / ortoos
☐ 03.01 Käeprotees/-ortoos.
☐ 03.02 Jalaprotees/-ortoos.

Piiratud kasutus

- ☐ 05.01 Sõit üksnes päevaajal(näiteks: üks tund pärast päikesetõusu ja üks tund enne päikeseloojangut).
☐ 05.02 Sõit üksnes.... km raadiuses loomaniku elukohast või üksnes... linna/piirkonna piires.
☐ 05.03 Sõit ilma kaassõitjata.
☐ 05.04 Sõit üksnes kiirusel kuni... km/h.
☐ 05.05 Juhtimine lubatud üksnes juhiluba omava isiku saatel.
☐ 05.06 Ilma haagiseta.
☐ 05.07 Kiirteel sõitmine keelatud.
☐ 05.08 Alkoholi tarbimine keelatud.

Mootorsõiduki ümberehitamise või kohandamise vajadus vastavalt tervise seisundile:

.....

Vastuvõttu kuupäev... 201.....a.

Tervisekontrolli tegija:

allkiri ja pitser.....

Tõendi kehtivus alates “.....” 20.....a kuni “.....” 20.....